

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 167

La Propagation à la Vessie du Cancer de l'Intestin

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

le 15 Juin 1923

PAR

Tihomir RAKITCH

né à OUIJTZÉ (Serbie), le 27 Octobre 1896



LYON

Imprimerie BOSC, Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

—
1923

LA PROPAGATION A LA VESSIE
DU CANCER DE L'INTESTIN

UNIVERSITE DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 167

La Propagation à la Vessie du Cancer de l'Intestin

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

le 15 Juin 1923

PAR

Tihomir RAKITCH

né à OUIITZÉ (Serbie), le 27 Octobre 1896



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

—
1923

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire
 Doyen
 Assesseur

M. HUGOUNENQ.
 MM. J. LEPINE.
 ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,
 A. FLORENCE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TESSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	COMMANDEUR.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	POLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique et médicale	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	N-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Histologie	BRETIN
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Chirurgie opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	Etienne MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	MOREAU

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Embryologie	GRÀVIER.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	TRILLAT	ROUBIER
LERICHE	FROMENT	SARVONAT	FAVRE
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (L.)	FLORENCE (G.)	BONNET
TAVERNIER	PIERY	ROCHAIX	NOEL, chargé
CADE	COTTE	CORDIER	des fonctions
GARIN	DUROUX		

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. GAYET, *président*, M. CADE, *assesseur*
 MM. GARIN et ROUBIER, *agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA PIEUSE MÉMOIRE
DE MA MÈRE, DE MON FRÈRE ET DE MA SŒUR

A MON PÈRE

Je dédie ce travail, faible témoignage
de ma profonde affection et de ma
reconnaissance infinie.

A MON FRÈRE, A MES SŒURS,
A MES BEAUX-FRÈRES

A MON ONCLE

MILORAD A. VOUTCHITCH

Ministre de l'Intérieur de Yougoslavie

A MON GRAND AMI

MONSIEUR MICHA TRIFOUNOVITCH

Ministre de l'Instruction Publique de Yougoslavie

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR G. GAYET
*Professeur à la Faculté
Chirurgien de l'Antiquaille
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse.
Nous le prions d'accepter l'expression
de notre profonde reconnaissance pour
l'accueil qu'il nous a toujours réservé
dans son service et l'honneur qu'il nous
fait de présider notre Jury de thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VICTOR RICHER
*Interne des Hôpitaux
Aide d'Anatomie à la Faculté*

Nous le prions d'agréer ici l'expres-
sion de notre profonde gratitude pour
les précieux conseils et l'aide qu'il nous
a donnés au cours de ce travail.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX
DE LYON

LA PROPAGATION A LA VESSIE DU CANCER DE L'INTESTIN

INTRODUCTION

Le problème qui se pose lorsqu'on se trouve en présence d'un envahissement vésical au cours d'un néoplasme intestinal est difficile à résoudre, car s'il est tentant d'ajouter une résection du néoplasme intestinal pour obtenir une guérison complète, il est certain que cette intervention large qui a pu réussir à quelques rares chirurgiens est grevée d'une effroyable mortalité post-opératoire.

Nous allons étudier la question sous ses trois aspects : anatomique, clinique et thérapeutique, en montrant comment l'examen cystoscopique est en général indispensable au chirurgien pour poser ses indications opératoires.

Nous avons été très étonné, après des recherches assez minutieuses, de ne rencontrer qu'un nombre relativement restreint d'observations. Nous sommes heureux de pouvoir ajouter aux cas déjà publiés cinq observations inédites, quatre dues à l'obligeance de M. le Professeur Gayet, une à M. le Professeur Villard, pour lesquelles nous les remercions vivement,

CHAPITRE PREMIER

Etiologie.

L'envahissement secondaire de la vessie par contiguïté au cours de l'évolution des néoplasmes pelviens est relativement fréquent, mais c'est le cancer utérin qui est de beaucoup la cause la plus importante de cet envahissement vésical. Beaucoup plus rares sont les propagations venant de cancers intestinaux. Nüsbaum, Nobiling les avaient étudiées à propos du cancer du rectum ; Chalier, Mondor en ont apporté récemment des observations. D'après la statistique de Pascal on trouverait par ordre de fréquence : le rectum, le cæcum, l'intestin grêle ; Chavannaz trouve sur 95 cas de cancer du rectum 19 fois la propagation à la vessie, donc dans une proportion de 20 %. Cet auteur pense d'ailleurs que les fistules recto-vésicales sont plus fréquentes ; beaucoup de cas ne sont pas publiés, la fistule étant un accident qui disparaît devant la gravité de la maladie causale.

D'après les observations que nous apportons, nous

avons trouvé que l'envahissement secondaire de la vessie au cours de l'évolution des néoplasmes provient par ordre de fréquence : 21 fois il s'agissait du cancer de l'S iliaque, 9 fois du cancer du rectum, 3 fois de cæcum et une seule fois du cancer de l'intestin grêle. Nous croyons que la plus grande fréquence de cet envahissement vésical pour le néoplasme de l'S iliaque est dû non seulement à son caractère fondamental de généralisation, mais encore à des rapports anatomiques qui existent entre l'S iliaque et la vessie. Nous savons qu'au point de vue anatomique, le colon pelvien repose, par sa face inférieure, sur les organes que renferme le bassin ou bien entre ces organes : chez l'homme sur la vessie ou entre la vessie et le rectum ; chez la femme au-dessus de la vessie et de l'utérus.

En se basant sur nos observations, nous avons trouvé que l'envahissement secondaire de la vessie au cours de l'évolution des néoplasmes du rectum occupe le deuxième rang. Pourrait-on invoquer de nouveau les rapports anatomiques qui existent entre cette dernière portion du gros intestin et la vessie ? Nous savons que la face antérieure du rectum chez l'homme est recouverte tout d'abord par le péritoine, qui, à un moment donné, se réfléchit d'arrière en avant et de bas en haut pour tapisser la face postérieure de la vessie ; chez la femme, la face antérieure du rectum est encore tapissée par le péritoine qui se réfléchit, non plus sur la vessie, comme chez l'homme, mais sur le vagin et l'utérus.

En ce qui concerne le sexe, tous les auteurs sont

d'accord, et nous avons constaté que l'homme est beaucoup plus atteint que la femme. Parmi nos 34 observations nous avons trouvé 32 cas où il s'agissait de l'homme et 2 cas seulement dans celle de Tuffier et Dumont et notre troisième observation où il s'agissait de femme.

C'est une maladie de l'âge adulte et surtout de la vieillesse.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique.

Le cancer de l'intestin qui donnera ultérieurement naissance à la propagation à la vessie et à la formation d'une fistule vésico-intestinale, sur lesquels nous insisterons davantage, évolue lentement. Au cours de cette évolution latente il se produit habituellement généralisation péritonéale, lésions ganglionnaires, l'extension surtout dans le foie. Tout cela explique les difficultés et même les impossibilités opératoires. Nous allons citer le cas de notre troisième observation-intervention faite par notre Maître, M. le Professeur Gayet et M. Desgouttes.

« Incision médiane sous-ombilicale. On tombe à l'ouverture de la cavité péritonéale sur l'anse sigmoïde légèrement dilatée et enflammée. On reconnaît immédiatement qu'elle présente en son milieu des adhérences très fortes avec le dôme vésical, *de plus cette anse est adhérente en haut en une masse ganglionnaire* située dans le méso-sigmoïde et se prolongeant avec les ganglions de la *chaîne aortique*

formant ainsi un paquet pourtant légèrement mobile dans le sens transversal ».

Après avoir rappelé brièvement le caractère de l'évolution de ces néoplasmes intestinaux, nous nous occuperons davantage des lésions vésicales auxquelles elle a donné naissance.

Il faut distinguer deux cas : ou bien il s'agit d'une propagation simple du néoplasme à la vessie, ou bien il s'agit d'une fistule vésico-intestinale. Dans le premier cas, la paroi vésicale perd sa souplesse et devient cartonnée sur une étendue plus ou moins grande. Le siège de la lésion vésicale est sur le dôme ou sur la paroi postérieure. Lorsqu'il s'agit de fistule vésico-intestinale la communication est généralement directe par adhérence de deux réservoirs et sans trajet intermédiaire. La perforation est généralement unique ; l'orifice vésical siège sur la face postérieure ou sur le dôme, quelquefois à droite s'il s'agit d'un cancer propagé du cæcum ou de l'appendice. Du côté de l'intestin l'orifice siège généralement au centre de la tumeur, là, où les lésions sont à leur maximum.

Il y a des lésions concomitantes qui ont leur importance (dans cette deuxième période) ; c'est d'une part l'existence des adhérences qui fixent l'intestin à la vessie ou qui peuvent même agglutiner plusieurs anses intestinales avec le dôme vésical, comme c'était le cas cité par M. le Professeur Bérard ; c'est d'autre part l'existence des lésions intra-vésicales dues au passage répété des matières intestinales dans la vessie. On peut trouver la muqueuse vésicale recouverte d'une couche de matières fécales difficile à déta-

cher ; les parois vésicales sont enflammées, épaissies et friables ; l'urine est trouble, chargée de pus, de sang, de matières fécales ou de débris alimentaires. Enfin, au niveau de l'intestin, on trouvera les lésions classiques de dilatation au-dessus de la tumeur.

D'ailleurs, à côté de ce mécanisme en quelque sorte direct de communication vésico-intestinale, il y en a un autre indirect sur lequel Gangolphe et son élève Opin ont bien insisté. Gangolphe a montré comment la fistule vésico-intestinale peut s'établir par l'intermédiaire d'un abcès péri-colique, qui dans certains cas était incisé par la paroi abdominale et créait un foyer d'adhérence au milieu duquel se fait la fistulisation vésicale. Il faut rappeler de plus que Kelly, Heyné, Maxwell Telling, Patel ont insisté sur le rôle des formations diverticulaires du gros intestin dans la création des abcès péri-coliques et par conséquent des communications anormales entre vessie et intestins.

On comprend facilement (et tous les auteurs ont insisté après Tuffier et Chavannaz sur ce fait), comment l'utérus crée une barrière qui empêche partiellement la formation de ces fistules vésico-intestinales et la fréquence beaucoup plus grande chez l'homme.

Nous ne dirons qu'un mot de l'envahissement simultané qu'on peut rencontrer sur l'urètre, la prostate, le canal déférent ou une vésicule séminale, et qui est particulière au cancer du rectum.

CHAPITRE III

Symptômes.

Les symptômes présentés par les malades doivent être bien distingués : ceux qui ont précédé l'établissement de la fistule et ceux qui succèdent à la fistule définitivement constituée. Les *premiers symptômes* sont des plus variables, ce sont les troubles du côté de la vessie le plus souvent qui ouvrent la scène : douleurs vésicales, miction toutes les deux heures, douleurs à la miction au début et à la fin ; chez notre malade n° 3 nous avons remarqué que les mictions étaient encore plus fréquentes : toutes les demi-heures, le jour comme la nuit ; les urines émises sont troubles, elles laissent déposer une matière jaunâtre, brune ; la miction après le toucher donne quelquefois une urine louche avec un ou deux filets sanguinolents. D'autre part, ce sont les troubles gastriques dont les malades souffrent : dysphagie, anorexie, langue saburrale, vomissements bilieux. Le début de l'affection peut se faire par des crises de durée très va-

riable. Ces crises sont caractérisées par des douleurs dans le ventre, selles fréquentes (3 ou 4 par jour), glaires sanguinolentes, matières minces comme une lame de couteau, frissons, l'abdomen ballonné ; le plus souvent les malades sont constipés et ont une température élevée. L'état général est bien touché avec amaigrissement notable et perte d'appétit.

A cette période primitive l'examen cystoscopique est déjà très intéressant et c'est une exploration très importante qu'il ne faut pas manquer de faire. On trouve alors sur la face postérieure, au-dessus du trigone ou même vers le dôme une zone vésicale qui peut être rouge violacée, parcourue par de gros valonnements, irréguliers, d'autres fois c'est au contraire une zone plus blanche, cartonnée et qui montre le blindage de la paroi vésicale.

La symptomatologie devient évidente à la *deuxième période*, celle où les communications vésico-intestinales s'établissent. Le signe initial peut être alors la pyurie ou une hématurie, mais le symptôme qui frappe le plus le malade, c'est le passage des gaz par l'urètre ; c'est d'ailleurs le symptôme le plus constant. Ordinairement l'émission des gaz se fait à la fin de la miction et le malade ne s'en aperçoit guère que par le bruit ; cette émission n'étant pas douloureuse. Le passage des matières est beaucoup plus variable. Les matières passent soit d'une façon constante, soit, et généralement, d'une façon intermittente. A ces signes particuliers et caractéristiques, s'ajoutent les phénomènes de cystite traduisant l'irritation vésicale. La fréquence de la miction est très variable ; il est

rare qu'elle ne soit pas augmentée. La rétention d'urine est souvent observée. La miction peut être difficile, ce que traduit le manque de souplesse du réservoir urinaire. On peut constater, d'autre part le passage de l'urine dans l'intestin, mais ce phénomène peut passer inaperçu ; le plus souvent l'urine dilue les matières intestinales, d'où une diarrhée chronique qui s'accompagne de rejet de glaires, de pus et de sang par le rectum.

A cette période l'examen systoscopique fait découvrir facilement, si la vessie a pu être bien lavée, le siège de l'orifice de la fistule plus ou moins bourgeonnant, mais cet examen n'a plus alors que l'intérêt de confirmer une symptomatologie clinique évidente. Bérard et Murard disent d'ailleurs que l'examen cystoscopique à la période de fistule est très difficile ; cela se comprend aisément, car la vessie est intolérante et se remplit mal.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

Le diagnostic de l'envahissement de la vessie est facile lorsque les gaz et les matières fécales passent par l'urètre et les urines par le rectum. Mais lorsqu'on ne constate, comme cela se produit souvent, que l'émission des gaz par l'urètre, il y a lieu d'établir le diagnostic avec diverses pneumaturies. L'odeur des gaz, l'examen direct de la vessie lèvent les doutes.

Il est rare que la rétroscopie permette de découvrir un orifice de fistule au milieu des bourgeons saignants des tumeurs du rectum. Dans les fistules uréthro-rectales il y a aussi émission des gaz, mais l'urine ne passe dans le rectum que pendant la miction.

On a proposé différents procédés pour le diagnostic de ces fistules, en particulier l'injection de liquide spécialement coloré : le lait, les solutions de bleu de méthylène. L'exploration de la vessie à l'aide d'instruments métalliques ne saurait être négligée. C'est à la cystoscopie que l'on doit s'adresser pour reconnaître le siège des orifices fistuleux et l'importance des lésions vésicales.

Mais ce n'est pas à cette période que le diagnostic de l'envahissement vésical est intéressant au point de vue thérapeutique, car à ce moment les malades sont inopérables ; c'est aussitôt que possible, lorsqu'on voit le malade pour la première fois, qu'il faudra rechercher les signes de l'envahissements des néoplasmes.

A cette période la confusion peut se faire avec diverses affections : 1° L'ulcère simple vésicale ; 2° Lésions traumatiques ; 3° Tumeurs primitives de la vessie ; 4° Lésions tuberculeuses prostatovésicales donnant des fistules recto-vésicales. D'autre part, ce sont des troubles intestinaux qui poussent le médecin à faire la confusion avec l'appendicite, comme s'était le cas du Docteur Martin du Pan cité par Kocher, où le diagnostic était posé d'appendicite, le malade a été opéré, mais au cours de l'opération on a trouvé l'appendice normal. Chez notre malade n° 4 M. le Docteur Chaballier, appelé au commencement de l'affection, avait trouvé de l'empâtement prérectal et une sorte de résistance péri-sigmoïdienne, a pensé à de la sigmoïdite.

Pour ces raisons, trois moyens sont à notre disposition pour poser le diagnostic précoce : 1° Interrogatoire un peu fouillé qui nous permettra de nous rendre compte de l'existence des légers troubles mictionnels à leurs débuts ; 2° C'est ensuite la palpation de la région hypogastrique et surtout le toucher rectal qui nous montreront les lésions pelviennes ; 3° C'est enfin la cystoscopie qui reprend tous ses droits à cette période avant que la fistulisation ne soit établie.

CHAPITRE V

Traitement.

Le traitement des néoplasmes intestinaux compliqués des lésions vésicales (adhérence simple ou fistule vésico-intestinale) est très difficile, car, au néoplasme intestinal s'ajoute une lésion secondaire qu'il est logique de traiter, si cela est possible. L'extirpation totale du néoplasme, avec résection partielle de la vessie, serait évidemment l'opération idéale ; nous allons voir qu'elle a été très rarement pratiquée.

Il est nécessaire de distinguer, dans cette étude, trois cas, suivant que la tumeur a primitivement son siège sur le cæcum, sur le côlon sigmoïde ou sur le rectum.

1° *Cæcum*

Nous n'avons recueilli que trois observations de néoplasme cæcal ayant envahi la vessie ; ce sont celles de Sorensen, Nicoladoni et Morgan. C'est seulement dans l'observation de Nicoladoni qu'on trouve un bref compte rendu opératoire : l'auteur a fait une exclu-

sion bilatérale, qui s'est terminée par la guérison opératoire. Il est impossible de tirer de ces rares observations des enseignements précis.

2° *Côlon sigmoïde*

C'est à propos du cancer de l'S iliaque, avec propagation à la vessie, qu'on trouve quelques tentatives de cure radicale. Il s'agit là des cas de Tuffier et Dumont, Heuston. Fuschig, Kessler. Dans les cas de Tuffier et Dumont, on fit bien l'extirpation de l'S iliaque et une résection partielle de la vessie, mais comme le bout supérieur du côlon était trop éloigné pour être abaissé au rectum, on tenta une termino-latérale entre cæcum et rectum. L'autopsie montra qu'il y eut une erreur explicable dans l'abouchement des bouts.

Dans le cas de Heuston, il y a aussi résection intestinale, avec fermeture de la vessie, mais le malade mourut, au quatrième jour après l'opération, de péritonite.

Dans le cas de Fuschig, on fit la résection du néoplasme, avec résection partielle de la vessie, le malade mourut. Seul Kessler a pu obtenir une guérison après résection de l'S iliaque, nettoyage de l'abcès pelvien et curettage de la vessie; il attira le bout intestinal supérieur dans le rectum, sans faire vraiment une suture bout à bout circulaire; le malade guérit. Comme on le voit, la résection de la vessie, jointe à la résection de l'S iliaque, paraît comporter un pronostic presque fatal. Il est nécessaire toutefois de faire remarquer qu'un certain nombre des observations que nous avons rencontrées sont déjà anciennes; il est

certain que la résection de l'S iliaque, associée à une résection partielle de la vessie, est la seule méthode qui puisse donner une guérison, si le malade supporte l'intervention.

Malheureusement, dans la grande majorité des cas, on se trouve en présence de malades inopérables ou chez lesquels une opération palliative seule est possible, et cela se comprend, puisque l'envahissement de la vessie indique que le néoplasme intestinal évolue déjà depuis un certain temps. Dans ces conditions, c'est à une dérivation intestinale qu'on a recours ; on pratique l'anus artificiel. Dans quelques cas, cependant, on pourrait se demander si le malade n'aurait pas bénéficié en même temps d'une cystostomie, qui l'aurait mis sans doute partiellement à l'abri des douleurs de la période terminale de l'infection.

Il faut, d'autre part, signaler que, dans quelques cas, l'intervention a consisté dans l'incision d'un abcès iliaque.

3° *Rectum*

Nous avons recueilli un petit nombre d'observations dans lesquelles la vessie se trouve envahie par un cancer du rectum. Ces observations appartiennent, en particulier, à Kocher, Rotter, Goodhart, Hartmann (Thèse de Mondor) ; il est bien certain que toutes les observations n'ont pas été publiées ; du moins celles que nous apportons montrent-elles les différentes étapes des envahissements vésicaux. Les auteurs n'ont pas tous la même opinion sur la conduite à tenir dans ces cas. Voilà ce que dit Chalier, dans sa thèse :

« Verneul, Vollkmann, Quénu, Schède sont com-

plètement opposés à la résection vésicale, opération grave et souvent compliquée d'une fistule urinaire.

« D'autres chirurgiens (Bardenheuer, Nussbaum, Simon) ne reculent pas devant une blessure de la paroi vésicale. Hochenegg cite même un cas d'extirpation partielle de la vessie suivie de succès. Après l'ablation d'un fragment de la vessie envahie, Rotter ne constate pas de récurrence au bout d'un an et demi.

« A notre avis, l'invasion manifeste de la vessie par le cancer constitue une contre-indication formelle. Il ne faut pas faire courir au malade les risques d'une mort rapide par infection urinaire, comme Kocher l'observa dans un cas, ou d'une fistule urinaire presque impossible plus tard à oblitérer. Mais s'il ne s'agit que d'adhérence, l'opération mérite d'être pratiquée. »

D'après les observations que nous avons recueillies, nous avons trouvé que : dans quinze cas, on a tenté l'extirpation ; de ces quinze cas, on a eu une survie neuf fois ; sept malades avaient bénéficié, pour cette survie, d'un chiffre de 6 mois et 19 jours en moyenne ; deux malades ont guéri ; six malades sont morts après l'intervention, dans l'ordre suivant : deux fois de péritonite, deux fois dans le collapsus, une fois d'infection urinaire et une fois de déhiscence des sutures.

Dans onze cas, on a fait un anus artificiel, qui avait donné une survie dans dix cas. Cette survie avait une durée moyenne de 8 mois pour huit malades ; un malade est sorti de l'hôpital avec un appareil et malgré les tentatives faites des résultats sur son état, nous

n'avons pu obtenir aucune nouvelle ; un malade, après quinze mois, vit encore.

Le résultat de l'anús artificiel sur les phénomènes vésicaux sont les suivants : deux fois, les troubles vésicaux ont complètement disparu ; deux fois, ces troubles ont été sensiblement améliorés et une fois diminués pendant trois mois.

Pour le reste des malades, dont les observations ont été recueillies par nous, nous n'avons pas trouvé l'institution d'aucun traitement.

Nous pouvons conclure qu'il faut faire l'opération précoce, qui sera la laparotomie exploratrice. Si l'ablation ne paraît pas possible dans de bonnes conditions, un anus iliaque est à faire et peut donner des résultats palliatifs très importants.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Néoplasme de l'anse sigmoïde (Inédite)

(Service de M. Pr. GAYET)

P..., Antoine, 47 ans, cultivateur.

Entré le 23 février 1920.

Le malade vient pour des douleurs vésicales survenues depuis un mois environ.

A. personnels : Scarlatine à 22 ans.

Rien d'autre à signaler : pas de douleurs rhumatismales. Le malade dit avoir eu une gastrite : il dit avoir eu de la diarrhée, surtout des glaires et du sang, n'a jamais vomi du sang.

Blennorragie à 20 ans ; pas de syphilis.

Examen de malade : miction toutes les deux heures, la nuit une ou deux fois. Le malade dit qu'il reste une demi-journée sans uriner. Douleur à la miction — au début et à la fin de la miction. Pas d'hématurie.

Le malade dit avoir uriné très trouble mais par intermittence, chez lui le malade a eu des coliques dont le malade ne peut être précisé. Douleurs lombaires de deux côtés.

A la fin de la colique, le malade dit uriner trouble, quelque fois ne peut uriner.

Examen non instrumental : Rien. La palpation ne relève rien au niveau de la vessie.

Principalement douleurs dans la région appendiculaire.

Examen général : Température 37°4, rien à signaler sauf l'amaigrissement de 20 kilos.

Réflexes normaux : Constipation habituelle.

Exploration instrumentale : Pas de rétrécissement. Le spasme empêche la boule de passer, puis on passe une sonde à grande courbure.

Interrogatoire au point de vue spécificité est complètement négatif, réflexes normaux, pas de perte de cheveux.

Toucher rectal (M. Tavernier) mène assez profondément sur une tumeur dure, volumineuse, qui semble au premier abord pédiculée sur la partie droite du sacrum et occupe la plus grande partie du détroit supérieur.

Palpation bimanuelle difficile à cause de la résistance de la paroi, permet de se rendre compte que cette masse remonte à peu près jusqu'à l'ombilic, mais donne l'impression presque rétro-péritoneale. Les mouvements imprimés par la main supérieure se transmettent au pôle libre dans le petit bassin, mais non dans la région que l'on prenait pour un pédicule sacré, qui ne se mobilise pas, qui donne l'impression d'adhérence autour d'une tumeur.

Intervention (M. Tavernier), 31-1. — Laparotomie exploratrice montre une énorme tumeur, grosse comme une orange à l'extrémité inférieure de l'S iliaque adhérent à la vessie, au mesentère et comblant entièrement le petit bassin. Un début prudent de libération montre clairement au bout de quelques instants que la vessie est non seulement adhérente mais envahie dans toute son épaisseur par le néoplasme qui posse même ses prolongements dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal. Dans ces conditions, on referme simplement l'abdomen.

Le 9-IV-920 : Anus iliaque (M. Gayet).

Le 11-IV-920 : Ouverture de l'anus.

Le 12-IV-920 : Mort par cachexie.

OBSERVATION II

Néoplasme de l'S iliaque (Inédite)

(Service de M. Pr. GAYET)

Ch... Cl., 53 ans, entré le 1^{er} mars 1921. Vient parce qu'il aurait de la rétention d'urine.

A. H. : Rien à signaler.

A. P. : Ne se rappelle pas d'avoir été malade. Marié, pas d'enfant. Blennorragie à 25 ans. Nie la syphilis.

Il y a un an le malade a eu pendant huit jours des vomissements très abondants et assez fréquents. Il s'agissait de vomissements bilieux, avec douleurs extrêmement violentes au niveau du creux épigastrique. D'autre part, au niveau de la vésicule biliaire, le malade dit avoir eu une douleur extrêmement vive augmentée par la pression.

Depuis cette époque pas de nouvelles crises, le malade n'a pas perdu l'appétit, ni maigri. Pas de constipation ; cependant ballonnements assez fréquents.

Il y a un mois, le malade raconte qu'il souffrait au niveau de la verge au moment de la miction et il lui fallait faire un léger effort pour uriner.

Pas de miction plus fréquentes. Urines un peu rouges, mais non troubles.

Le malade va voir un médecin qui lui parle de rétention d'urine et l'envoie à l'hôpital.

A l'entrée : Malade un peu amaigri et pâle ; la miction est normale ; les urines un peu rouges sans dépôt.

A la palpation, on sent une masse dure au niveau de la région vésicale ; masse dure, tendue et remontant à peu près au niveau de l'ombilic. La palpation n'est pas douloureuse. Lorsqu'on sonde le malade, on ne réussit à faire sortir que quelques grammes d'urine et on ne réussit pas à modifier la masse de la région hypogastrique.

Le reste de l'appareil urinaire n'offre rien à signaler. Toucher rectal négatif.

Appareil digestif : Langue un peu saburrale, mais pas d'anorexie ; au niveau de l'estomac : clapotage, l'estomac

paraît distendu et descendu au-dessous de l'ombilic. On ne sent aucune masse. Pas de douleurs à la palpation ; pas de tenesme intermittente, pas d'onde péristaltique. Rien à signaler au niveau du cœur, des poumons et du système nerveux.

Le malade, au point de vue d'état général, croit avoir légèrement maigri.

Le 1^{er} mars : Cystoscopie. Muqueuse vésicale normale, urétéres normaux, mais sur la face antérieure de la vessie une tente transversale allongée en forme de croissant siégeant dans une sorte de cul-de-sac profond de 2 à 3 mm .

Le 7 mars : Depuis son entrée le malade a fait de la température ; oscillations aux environs de 39°. Pouls rapide (environ de 100).

Abdomen tendu, météorisé, douloureux au niveau de la région appendiculaire. Pas de constipation, pas de vomissements, on se décide à intervenir.

Intervention (M. Prof. Gayet), 6 mars, incision ; on se trouve en présence d'un pus à odeur pécaloïde.

Depuis l'intervention, vomissements abondants ; température à 38°5 ; pouls à 90 assez bien frappé, le malade très abattu.

Mort le 8 mars 1921. A l'autopsie, cancer de l'S iliaque adhérent à la vessie.

OBSERVATION III

Néoplasme du dôme vésical avec fistule vésico-intestinale

(Inédite)

(Service de M. Pr. GAYET)

Mme V..., 46 ans, entrée le 1^{er} février 1922.

Entre pour douleurs abdominales avec pollakiurie trouble.

Antécédants : Marié, six enfants en bonne santé, deux enfants morts de la grippe.

A. personnels : N'a jamais été malade avant 1918, date à laquelle elle a eu une grippe assez forte suivie

d'anémie qui la force à arrêter son travail pendant sept semaines et reste alitée trois semaines.

Depuis cette grippe la malade se relève bien mais s'en ressent et dit avoir maigri, perdu l'appétit. En mai 1921, la malade remarque brusquement qu'elle urine très trouble, ses urines sont très fétides. Cette première miction trouble n'est pas douloureuse ; la malade se mit au lit pendant trois jours. Les urines cessent d'être troubles, mais à partir de ce moment elle urine plus souvent. Cette pollakiurie est surtout diurne ; après ces trois jours de maladie, la malade se sent très faible, mais elle recommence à faire son ouvrage.

Mais aussi à partir de cette époque, la malade remarque que le nombre de ses selles augmentent (3 ou 4 fois par jour). Ces selles sont très peu abondantes, bien qu'elles auraient été précédées d'une forte envie de déféquer ; elles présentaient des glaires abondantes, mêlées aux matières qui étaient recouvertes de sang noir. Parfois une selle n'était formée que de glaires sanguinolentes. Mais elle note d'autre part que ses matières étaient minces comme une lame de couteau.

Cet état dure jusqu'en décembre 1921. Pendant toute cette période elle ne présente du côté urinaire que de la pollakiurie avec envie brusque d'uriner et douleur à la fin de la miction.

Il y a trois mois, au début de décembre, dans la nuit, la malade est réveillée brusquement par une douleur qui occupe tout le bas-ventre. Cette douleur très vive dure dix à quinze minutes, la malade les compare aux douleurs d'accouchement. La malade urine en se forçant, et la miction lui calme sa douleur, mais elle remarque qu'à la fin de la miction quelques gaz passent par son urètre. Ces crises douloureuses reparaissent la nuit et le jour et sont légèrement calmées par des injections d'eau tiède, la malade s'alite et les gaz disparaissent.

Cet état dure jusqu'à il y a quinze jours, avec des vomissements de bile et la malade remarque une augmentation progressive des symptômes douloureux. Il y a quinze jours la malade remarque que ses urines présentent une couleur café au lait avec odeur des matières ;

comme troubles de la défécation on note des hémorragies douloureuses avec des glaires plus ou moins purulentes, et d'autre part les gaz reparaissent par l'urètre.

Il y a huit jours, la malade va à une clinique au Puy, où on lui fait des lavages de vessie. Ses douleurs semblent s'accroître, et on lui fait quatre piqûres de morphine.

La malade entre dans le service le 1^{er} février pour complément d'examen et intervention s'il y a lieu.

A l'entrée : le 3 février 1922, on est en présence d'une malade présentant un bon état général.

Mictions très fréquentes, toutes les demi-heure, le jour comme la nuit, mais la malade sent des envies excessivement brusque d'uriner.

Urines, couleur jaune-brun avec dépôt brunâtre contenant visiblement des matières, odeur fécaloïde.

On sonde la malade : Urines troubles après lavage, il sort par la sonde un gros filament que l'on examine au microscope ; il contient de nombreux colibacilles, de la fibrine.

Quantité d'urines : 1.800 cc.

Le 2 février 1922 : Cystoscopie.

Capacité vésicale bonne : 400 gr.

A la partie supérieure de la vessie on trouve une tumeur végétante occupant tout le dôme et à base d'implantation presque grande comme la paume de la main, à travers laquelle on voit suinter par moments quelques débris floconneux.

Le 11 février 1922 : Les douleurs augmentent. Depuis trois jours crises de subobstruction, constipation. Le 7 février 1922, la température à 40°3, puis redescend assez rapidement à 37°6.

Intervention (M. Prof. Gayet et M. Desgouttes) le 18 février 1922.

Incision médiane sous-ombilicale. On tombe, à l'ouverture de la cavité péritonéale sur l'anse sigmoïde légèrement dilatée et enflammée. On reconnaît immédiatement qu'elle présente en son milieu des adhérences très fortes, avec le dôme vésical. De plus cette anse est adhérente en haut à la masse ganglionnaire située dans le méso-sigmoïde et se prolongeant avec les ganglions de la

chaîne aortique formant ainsi un paquet pourtant légèrement mobile dans le sens transversal.

On referme la cavité sans drainage on établit un anus artificiel gauche.

Le 10 mars 1922, depuis l'intervention, l'état général de la malade est bon, la température est normale, actuellement l'urine sort par l'anús artificiel et par l'urètre. La malade se plaint de douleurs ; la plaie se cicatrise lentement.

Le 1^{er} avril 1922, les douleurs durent toujours au moment de la miction et les urines ne passent plus par l'anús artificiel.

Le 18 avril 1922, la plaie est à peu près cicatrisée, la malade sort avec un appareil. L'état général est bon.

OBSERVATION IV

Cancer de l'S iliaque propagé à la vessie (Inédite)

(Service de M. Prof. GAYET)

M..., 61 ans, vu le 26 novembre 1921.

Appelé en consultation par le D^r Chabaliér, M. le Prof. Gayet trouve un malade qui a présenté depuis le 1^{er} novembre des troubles gastriques : dysphagie, anorexie, langue saburrale. Il y a huit jours, température à 38°5, descendant ensuite lentement à la normale.

M. le D^r Chabaliér, appelé à ce moment, a trouvé de l'empâtement prérectal et une sorte de résistance périsigmoïdienne, a pensé à de la sigmoïdite, a donné laxatifs, lavements chauds. Il y a eu amélioration, mais actuellement, douleurs prérectales, douleurs à la miction, pollakiuri, pyurie.

Au toucher, la prostate est très douloureuse, mais non grosse ; c'est surtout au-dessus, au niveau du bas-fond qu'on éveille de la douleur et qu'on perçoit une induration. Pas de résidu. La miction après le toucher donne une urine louche avec un ou deux filets sanguinolents.

Traitement : résolutif, urotropine.

Le 19 janvier 1922 ; revu par M. le Prof. Gayet. En ce moment, M. le Prof. Gayet trouve une prostate petite, mais au-dessus sensation d'une poche fluctuante. On pense à un résidu mais la sonde ne ramène rien. Ce toucher est très douloureux, ainsi que le sondage, spasme au col nécessitant l'emploi d'une sonde métallique.

Douleur dans toute la fosse iliaque gauche et jusqu'au rein gauche où il y a une certaine défense.

Le malade entre à la clinique de Saint-Charles.

Les températures sont élevées ces jours-ci.

Le 20 janvier 1922, cystoscopie à Saint-Charles, vessie déformée, la face postérieure bombant fortement de façon à délimiter une rigole du bas-fond et deux poches latérales, quelques cellules. La face postérieure est tourmentée, cérébriforme ; en outre deux petits bourgeons d'aspect néoplasique.

Un toucher nouveau montre une masse dure dans le Douglas, le diagnostic s'oriente vers le cancer de l'S iliaque, d'autant que le malade est toujours constipé, a des selles laminées et on a vu du sang dans ses sellis. Le Prof. Gayet propos un anus contre nature. Fièvre continue.

Le 23 janvier 1922, sygmoïdostomie à Saint-Charles, procédé Mayotl-Reclus.

Le 25 janvier 1922, ouverture au thermocautère de l'anús. La température tombe de suite pour ne plus remonter.

Le 7 février 1922, le malade rentre chez lui, l'anús fonctionne bien.

Le 24 février 1922, le Prof. Gayet et M. Chaballier ont vu le malade. L'anús tend à se cicatrizer, les matières passent peu en bas et font souffrir ; dilatation forcée au doigt de l'anús iliaque.

Le 2 mai 1922, le malade est revu, va bien, bonne mine, anus fonctionne bien.

Le malade a souffert il y a un mois pour évacuer les paquets de matières par le bas ; depuis ne souffre plus ; cystite guérie cependant fait du sang par l'anús.

Au toucher, on ne sent plus rien, mais le doigt revient taché de sang.

Le 29 octobre 1922 : même état, cependant le malade se plaint de souffrir à la région hépatique. Foie un peu gros.

Au toucher, masse dure et douloureuse à la pression au niveau du Douglas.

Urines parfaitement claires.

Mars 1923 : Le malade vit toujours, mais se cachexise.

OBSERVATION V

Néoplasme de l'anse sigmoïde (Inédite)

(Service de M. le Prof. VILLARD)

C... Jules, 60 ans. Entré le 9 janvier 1923.

Début de l'affection au mois d'août marqué par de la constipation. Au mois de septembre le malade a de la fièvre, 38°8, des frissons, l'abdomen était ballonné, mais le malade continuait à aller à la selle. Durée de cinq jours, pendant cette crise, douleurs dans la fosse iliaque gauche ; même crise au mois de novembre. Fin décembre, nouvelle crise, la douleur était très vive, la température reste à 38°3, durée de deux à trois jours, accompagnée d'un gros météorisme, ventre dur.

Depuis août, le malade se constipe, il n'y a pas de débâcle diarrhéiques ; il continue à avoir des selles quotidiennes mais peu abondantes, les selles sont rubanées jaunes, non sanglantes. Une seule fois le malade a fait des glaires avec un peu de sang. Jamais il n'y a eu d'arrêt complet des matières et des gaz, jamais le malade ne vomit ; il a perdu l'appétit, a restreint progressivement son alimentation, amaigrissement de 10 kilos environ depuis septembre. Jamais de vomissements. Alité depuis le 27 décembre.

La douleur n'a jamais été très violente, sauf au cours des crises douloureuses accompagnées de fièvre. Le malade a souvent des coliques qui s'accompagnent de borborygmes, mais la douleur reste supportable.

A l'examen : météorisme. Pas de point douloureux abdominal. Le météorisme porte surtout sur la région sous-ombilicale, le ventre est étoilé, l'abdomen est souple.

A la palpation, on perçoit le cæcum et le côlon descendant dilaté. Dans la fosse iliaque gauche, présence d'une tuméfaction inconstante, variant d'un jour à l'autre, disparaissant même au cours de l'examen. Péristaltisme intestinal net, anses sous la peau.

Toucher rectal : A bout de doigt, on sent une masse antérieure très élevée un peu douloureuse. La main abdominale lui imprime des mouvements qui sont perçus par le doigt rectal. La muqueuse rectale semble bien plissée sur la masse.

Le malade se plaint en outre d'envies fréquentes d'uriner, ses urines sont claires, ne contiennent ni sucre ni albumine.

Intervention. — Le 17 janvier 1923 : Laparotomie médiane sous-ombilicale en Trendelenburg. Il s'agit d'un néoplasme de la partie moyenne de l'anse sigmoïde qui s'est soudée à la face postérieure et inférieure de la vessie. Libération délicate qui permet cependant de dérouler le côlon pelvien et de le mobiliser facilement. On hésite à réséquer la paroi postérieure de la vessie qui semble infiltrée par le néoplasme, mais on y renonce devant l'étendue de la résection à pratiquer et la crainte d'être obligé d'intéresser les deux urétéres. La suture serait probablement impossible. On pratique donc la résection de l'anse sigmoïde avec suture bout à bout. Par mesure de sécurité on fixe à la paroi la ligne de suture à ses deux extrémités. Fermeture sans drainage.

La pièce montre un volumineux néoplasme annulaire. La résection d'une longueur de 40 %m a été nécessaire par la présence d'un noyau induré pariétal siégeant à 8 ou 10 %m au-dessus de la lésion principale.

Sortie le 17 février 1923.

OBSERVATION VI

HELFERICH, *in thèse Lancet* (Résumée)

Cancer de la portion initiale de l'anse sigmoïde avec perforation de la vessie. Anastomose entre le côlon transverse près du côlon descendant et la partie terminale de l'anse sigmoïde. Rétrécissement de deux parties adjacentes de l'intestin exclu, mort par péritonite.

Souffrait depuis cinq semaines de douleurs abdominales et de constipation. Il y a quatre semaines, urines deviennent troubles. On sent par le palper, le toucher vaginal et rectal une tumeur de la grosseur du poing, située derrière la symphyse et un peu mobile. Le cathétérisme amène de l'urine sale, mélangée de matières fécales. 28 novembre : Intervention. Helferich pratique une laparotomie latérale. On trouve une tumeur de la partie supérieure de l'anse sigmoïde de la grosseur d'une pomme et adhérent à la vessie. On juge l'extirpation impossible. On pratique une anastomose du côlon transverse avant l'angle splénique et du début de l'anse sigmoïde. Cette anastomose latérale est faite au bouton de Murphy. On ne sectionne pas l'anse exclue, on se contente de rétrécir fortement sa lumière près de la bouche anastomotique, au moyen de sutures à points séparés.

Tout va bien jusqu'au septième jour ; dans la nuit, douleurs violentes, température 39°, pouls 124. Mort huitième jour.

Autopsie : On trouve une péritonite putride, due à ce que la suture anastomotique a cédé au moment de la chute du bouton.

OBSERVATION VII

FUSCHIG

Incision convexe de la fosse iliaque gauche. Envahissement de la vessie. Résection du cancer et d'une partie de la vessie. Suture des deux bouts au bouton. Drainage à la gaze iodoformée. Carcinome, mort, péritonite. Déhiscence des sutures.

OBSERVATION VIII

SORENSEN

Cancer du cœcum — Perforation de la vessie

H..., 65 ans. Cachexie, pas de météorisme, pas de fièvre, pas de péristaltisme, mictions fréquentes, peu abondantes ; matières dans l'urine. Mort en neuf mois.

OBSERVATION IX

KESSLER

Cancer de l'S iliaque

29 juin 1900, H..., 59 ans.

Antécédents : Depuis six mois, coliques, 7 juin. Petite crise d'obstruction qui cède médicalement. Douleurs vésicales. Elimination par le canal de matières et de gaz. On le diagnostique de l'appendicite. On sent une tumeur au-dessus de la symphyse et à droite dans la région iléo-cœcale, une seconde tumeur, toutes deux douloureuses à la pression Tenesme vésical. 8 juillet, même état. Urines contenant des matières. 18 juillet, opération. Incision médiane large. Tumeur adhérente. Un tiers inférieur de l'anse sigmoïde collé à la partie postérieure de la vessie. Absès de la grosseur d'une noisette ouvert dans la vessie. On curette la paroi vésicale. On suture. Extirpation 20 % environ. Entéro-anastomose paraît impraticable. Abaissement de la partie supérieure dans le rectum. Tamponnement à la gaze. Pendant quelques jours, fistule stercorale, 30 septembre.

Sort le 15 octobre. Guérison. Vu en mars 1902, va bien.

OBSERVATION X

CZERNY

Cancer de l'S iliaque avec absès ouvert dans la vessie et le vagin, avec fistule entéro-vésico-vaginale. Drainage d'un absès stercoral situé au-dessus de la symphyse. Mort.

OBSERVATION XI

NICOLADONI

Exclusion bilatérale pour cancer du cœcum ouvert à la peau et dans la vessie

S..., 59 ans. Depuis neuf mois signes de sténose ; depuis six mois tumeur de l'hypocondre droit, peau rouge. On l'incise, il sort du pus, puis des matières fécales. Urines troubles avec débris bruns, de mictions fréquentes. Cystoscopie, en haut de la vessie orifice avec masses brunes, on en incise un morceau. Examen : cancer. L'ablation est impossible. Le 15 décembre 1900, section de l'iléon et du côlon, fermeture de deux bouts du côté malade, anastomose isopéristaltique des deux autres. Les signes vésicaux cèdent aux lavages, la fistule ne donne plus qu'un peu de viscosité. Guérison.

OBSERVATION XII

J. MORGAN

60 ans. En mars 1862, après quelques douleurs, tumeur dure, du volume d'un œuf d'autruche, dans la fosse iliaque gauche. En avril 1863, vents par l'urètre, suivis de douleurs intenses dans la vessie et quelques heures plus tard, fèces mélangées à l'urine. En août, décharge profuse de fèces et la tumeur se réduit de volume. Pendant les trois derniers mois, presque tous passent par la vessie ; vers la fin, les fèces passent par la vessie sans trop incommoder le malade.

Mort dans le coma au commencement d'octobre 1863.

A l'autopsie : La tumeur avait disparu. Six pouces de la partie la plus basse de l'iléon étaient distendus et adhérents à la paroi abdominale. Une ulcération à bords irréguliers et de la dimension d'un demi-shilling faisait communiquer la vessie avec la valvule iléo-cœcale.

OBSERVATION XIII

W. RICHARDSON

76 ans. Souffrait depuis treize ans de constipation résultant de quelques rétrécissements du côlon descendant. En août 1871, tumeur molle au-dessus du bord du pelvis ; par le rectum on crut sentir la partie la plus basse de la tumeur. En septembre, miction fréquente et difficile nécessitant souvent le cathétérisme. Un peu plus tard, vents par l'urètre. On trouva dans l'urine des fibres musculaires non digérées, du sarcolemme, des grains d'amidon. En octobre et novembre, beaucoup de fèces dans l'urine.

Mort quelques jours plus tard.

Autopsie : Masse cancéreuse sur la flexure sigmoïde adhérent à la partie supérieure de la vessie. Etroit canal allant de l'intestin à la vessie à travers la masse adhérente.

OBSERVATION XIV

H. CRIPPS

69 ans. Constipé depuis vingt ans. Envies d'aller à la selle en se levant, mais souvent seulement mucus gélatineux. Constipation ou diarrhée, très rarement un peu de sang. Amaigrissement très marqué ; bon appétit.

Sous chloroforme, intestin normal, mais tumeur dure, ovale paraissant derrière la prostate.

En janvier 1885, polyurie nocturne pouvant aller jusqu'à deux vases de chambre ; pas de douleurs ni avant ni après la miction. Urine pâle. Récemment, gaz sans odeur par le pénis. Trois mois plus tard, très rarement des gaz mais un peu de mucus écumeux. Vers la fin de l'année, les vents passent en plus grande abondance, urine à odeur fécale avec dépôt foncé et parfois sang caillé.

Au commencement de 1886, léger degré de systite ; peu de troubles intestinaux.

Mort vers la fin de l'été 1886.

OBSERVATION XV

H. CRIPPS

50 ans. Une ou deux fois, perte de sang par le rectum. Trois mois plus tard, irritabilité de la vessie avec miction plus fréquente. Quatre mois plus tard (mars), un peu de gaz par le pénis, les gaz sont bien décelés par la miction dans un bassin. En avril, urine acide, épaisse, déposant un sédiment brun. Vers la fin du mois, fèces en grande quantité par le pénis, douleur aiguë, rétention d'urine quand le canal s'obstruait. L'urine ressemblait à de la purée de pois avec une notable quantité de matières fécales comme du mastic de vitrier. Sous chloroforme on senti une dureté qui paraissait être le bord inférieur d'une tumeur du bassin. Du lait injecté dans la vessie passe dans le rectum.

Colostomie au mois de mai. Quatre jours après, presque plus de matières dans l'urin, presque plus de douleurs, irritabilité de l'intestin très diminuée. Dans les jours suivants, sang et petites masses gélatineuses (cancer) par l'anus.

Mort à la fin de la première semaine de juin.

OBSERVATION XVI

J.-F. GOODHART

X..., aSint-Bartholomew's, Hospital-Muséum.

La maladie datait de deux ans et devient fatale par hémorragies répétées.

Autopsie : Fistule par néoplasme malin qui, partant du rectum, avait perforé la vessie.

OBSERVATION XVII

TAVIGNOT

65 ans. Dysenterie à 16 ans. Hémorroïdes. Depuis dix-huit mois, constipation, amaigrissement.

Depuis quinze jours, le patient est obligé de presser sur l'épigastre pour uriner. Au toucher, tumeur rectale à 6 ou 7 cm. au-dessus de l'anus.

Le 4 août, petite eschare brunâtre autour du meat urinaire avec tuméfaction œdémateuse du prépuce ; pour l'urètre, gaz tantôt inodores, tantôt fétides. Les gaz passent quand il urine en allant à la selle. Le 8 août, il se détache de l'urètre un schare de 4 à 5 pouces. Mort.

Autopsie : Cancer de l'S iliaque avec perforation de 3 cm. Sur la vessie, perforation de la grandeur d'une pièce de 50 centimes. Cancer du rectum. Un peu de rougeur de la muqueuse du bas-fond de la vessie.

OBSERVATION XVIII

PUTÉGNAT

H..., 58 ans. En octobre 1874, le patient éprouve les premiers symptômes d'un cancer du gros intestin. Le 29 mai 1875, coliques, hoquet, vomissements. Le 30 mai, mictions fréquentes, un peu brunâtres, urines troubles, gris-jaunâtre, à odeur fécale. De temps à autre, des gaz fétides sortent par la verge, soit pendant la miction, soit dans ses intervalles et même involontairement. Bientôt expulsion, toutes les demi-heure, d'urine fécaloïde, souvent précédée, accompagnée ou suivie de gaz. Huit jours plus tard, émission par la verge de deux os de grenouille. Jusqu'au 21 juin, il continue à rendre des matières et des gaz par l'anus ; il pisse toutes les dix ou vingt minutes et rend des gaz fétides et des matières fécales avec des douleurs atroces. Mort 22 juin 1876.

Autopsie : Dans les régions hypogastriques et inguinales, le côlon présente trois saillies énormes séparées par des sillons profonds. Sur le côlon transverse, deux plaques menaçant d'ulcération. Foyer plein de matières au niveau du fond de la vessie. Le côlon descendant présente une ampoule considérable remplie de matières stercorales liquides, jaunâtres, avec des os de grenouille. Le côlon descendant est fixé à la partie postéro-supérieure gauche de la vessie par des adhérences ; il existe à ce niveau une large perforation, et au-dessous l'intestin présente une rétrécissement.

OBSERVATION XIX

D^r MARTIN DU PAN

Cancer du rectum

M. J. Jakob, 57 ans.

Anamnèse du 10 juin 1902.

Le malade se traite depuis trois ans pour des hémorroïdes par les bains de siège tièdes.

En février 1901, après un refroidissement, il a des douleurs violentes sous forme de coliques dans tout l'abdomen, ces douleurs disparaissent après la défécation. Les selles devinrent fréquentes et souvent mêlées de sang et de mucosité ; elles sont très nauséabondes. Un médecin fait le diagnostic d'appendicite, et ordonne des poudres qui n'ont aucun résultat. En été 1901, les douleurs diminuent et se localisent dans la fosse iliaque gauche. Le malade se sent plus faible. En automne, reprise des douleurs sans cause apparente, ballonnement. Le 14 janvier 1902, on lui fait la résection de l'appendice qu'on trouve normal. Les douleurs augmentent toujours ; le médecin pensant à des brides ordonne des massages qui ne font que les rendre insupportables et causer un début de péritonite. Elle cède à l'application de glace. Le 5 mai 1902, un autre médecin fait le toucher rectal et trouve un cancer du rectum ; il envoie le malade ici pour se faire opérer.

Dès janvier dernier, le malade a des douleurs à la miction dans la région vésicale, avec irradiations dans le scrotum.

Etat du 13 juin 1902 : Patient amaigri, cachectisé, ganglions indurés dans les deux aînes, surtout à gauche. Tumeur rectale très haut située. On atteint juste l'extrémité inférieure avec le doigt. La tumeur est dure ; on peut se rendre compte, par le palper bimanuel, qu'elle remonte jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse et qu'elle est un peu mobile. La pression sur l'épine iliaque postérieure et inférieure est douloureuse. L'urine est trouble et sent fort mauvais.

Opération du 16 juin 1902 par la méthode de Kocher, avec incision postérieure et résection du coccyx ; on constate que la tumeur est située trop haut, n'est pas encore assez mobile.

Elle pourra mieux être extirpée par la voie abdominale.

Le rectum, dont on a incisé la paroi postérieure, est cousu à la peau. Irrigation de la plaie trois fois par jour à la solution physiologique. La plaie se guérit, mais le malade se cachectise de plus en plus ; le pouls est faible.

Le 29 juillet 1902, seconde opération. Narcose au brom-méthyle, éther. Incision à deux travers de doigt au-dessus du ligament Poupart gauche. Le rectum est adhérent à la paroi du bassin jusqu'à l'S iliaque.

On doit faire une large ouverture du péritoine ; ligature de l'artère mésentérique inférieure. Section de l'S iliaque au-dessus de la tumeur, entre deux pinces intestinales.

En voulant extirper la tumeur, on s'aperçoit qu'elle a envahi la paroi postérieure de la vessie. On est obligé d'en réséquer un tiers sur une grande pince intestinale (8 centimètres de la paroi latéral gauche). Malheureusement, la pince glisse un peu et une partie du contenu putride de la vessie s'écoule dans la plaie. On est obligé de réséquer aussi le canal déférent gauche qui est pris dans la tumeur.

Après résection de la tumeur, rupture du rectum, au-dessus de l'anus. Section au-dessus de l'anus. On repousse ensuite le bout inférieur en doigt de gant à travers l'anus.

Tamponnement de la cavité à la gaze iodoformé. Ensuite on pratique un anus contre nature iliaque gauche, au-dessus de l'incision existante, et y fixe l'extrémité inférieure de l'S iliaque sectionné. Suture de la paroi vésicale pour deux plans de suture au catgut. Suture du péritoine.

Drainage et suture des plaies cutanées.

Evolution : L'anus contre nature fonctionne bien. Le malade meurt le 8 août 1902, de rupture vésicale et infection urinaire.

OBSERVATION XX

TUFFIER ET DUMONT

*Fistule intestino-vésicale consécutive à un cancer
de l'S iliaque*

Mme Le F..., 52 ans, épicière, entrée à la Pitié, le 10 août 1897.

A. H. : Mère, quatre-vingts ans, bien portante. Père mort paralysé. Deux tantes sont mortes de tumeur (?)

A. P. : N'a jamais fait de maladie jusqu'à cette année. Réglée à 11 ans, très régulièrement. A 17 ans, aurait eu « une fièvre muqueuse ». A 27 ans, première grossesse normale. Accouchement laborieux, mais sans complications. L'enfant, un fils, meurt de la poitrine à 17 ans. Dans les trois années qui suivent, la femme accouche trois fois, chaque fois à terme, sans complications. A 34 ans, dernière grossesse également normale. Suites de couches bonnes.

A. H. : A Pâques de cette année, la malade ressentit sans motif apparent et pendant quinze jours des douleurs assez vives, mais tolérables, dans tout le ventre. Urines normales, mais pollakiurie diurne et nocturne. La malade est tranquille ensuite pendant presque un mois ; pendant ce temps, elle se soigne en suivant les conseils d'un médecin (application de cataplasmes laudanisés, purgation et lavements simples). Puis les douleurs reparaissent, deviennent plus vives, se localisent au-dessus du pubis et s'exaspèrent pendant la miction et la défécation, qui sont très pénibles. Le ventre est ballonné pendant quelques jours et la malade a des vomissements verdâtres.

Il y a quinze jours, à la suite d'un lavement, la malade s'aperçut que ses urines se troublaient et contenaient des particules solides ressemblant à des matières fécales ; les urines sentaient d'ailleurs horriblement mauvais.

Son médecin lui fit deux lavages de la vessie et lui conseilla d'aller voir immédiatement M. Tuffier.

E. A. : Actuellement, les douleurs sont tolérables, ap-

paraissant exclusivement pendant les mictions ; celles-ci sont aussi fréquentes la nuit que le jour (la malade se réveille cinq ou six fois pour uriner).

Les urines sont troubles, jaunes et déposent beaucoup ; sédiment gris, sale ou vert, d'odeur fécalloïde, au milieu duquel on croit reconnaître des débris d'aliments ou des tissus nécrosés.

Pas de douleurs sus-pubiennes, comme autrefois.

Jamais la malade n'a eu quoi que ce soit qui ressembla à des coliques néphrétiques. En particulier, elle n'a jamais vu de sang ni de graviers dans ses urines. Elle n'aurait jamais remarqué que les gaz passaient par l'urètre ; en revanche, elle croit que ses urines passent par l'anus, car ses selles sont presque liquides et sentent parfois l'urine ; mais la plupart du temps, elles ont une odeur infecte.

Etat local : Ventre de batracien, énorme et très adipeux. On sent, au-dessus du pubis, un empâtement assez dur et rien de plus ; on ne détermine aucune douleur par la pression sus-pubienne. Au toucher vaginal, comme au toucher rectal, on ne sent rien de particulier. Le cathétérisme vésical ne dévoile rien d'anormal ; la cystoscopie n'a pas été pratiquée.

Les autres organes sont sains.

La malade n'a pas d'appétit et n'a de goût pour aucun aliment. Haleine fétide, digestion assez bonne, diarrhée, jamais de melæna.

La malade a maigri et s'est très affaiblie, dans ces derniers temps.

L'opération est pratiquée en août 1897, par un jeune chirurgien, dans le service de M. Tuffier. Ethérisation. Laparotomie. Le petit bassin et la fosse iliaque gauche sont remplis par des adhérences, au milieu desquelles il est difficile de reconnaître les anses intestinales. Les adhérences se déchirent cependant aisément ; on parvient à s'y reconnaître et on s'aperçoit que toute la moitié supérieure de l'S iliaque et la vessie sont envahies par un néoplasme qui fait de ces organes une masse unique, de surface arrondie, irrégulière, atteignant en volume celui du poing, dure par endroits et ramollie par

d'autres, masse qui semble assez bien limitée pour qu'on songe à l'extirper. On se décide donc à réséquer la plus grande portion de l'S iliaque et la face postérieure de la vessie. La portion malade de la vessie, une fois excisée, on reconstitue ce réservoir par une rangée de points séparés au catgut. Passant à l'intestin, l'anastomose de ce qui reste de l'S iliaque avec le rectum paraissant impossible, à cause de l'immobilisation de ces organes au milieu des adhérences voisines, on songe à attirer vers la ligne médiane le cæcum qui est très mobile et à l'anastomoser avec le rectum. L'opération se fait assez facilement. Suture termino-latérale, qui ne paraît pas devoir être tirailée plus tard. Fermeture du côlon descendant en cul-de-sac et fermeture de la paroi à trois étages.

Le lendemain de l'opération, la malade est prise de vomissements ; le ventre se ballonne et devient douloureux. Pendant 48 heures, ces phénomènes vont en s'accroissant ; il ne sort ni gaz ni matières par l'anus. Pensant à une occlusion intestinale, on fait un anus artificiel dans la région inguinale gauche. Il sort des matières et des gaz, mais la malade meurt 12 heures après l'opération, dans la collapsus.

A l'autopsie, on s'aperçut que, lors de la première opération, au lieu d'aboucher le rectum dans le cæcum, en fermant le côlon descendant, c'était ce dernier qu'on avait anastomosé au cæcum et le rectum qu'on avait occlus, créant ainsi un *circulus vitiosus* auquel était venu mettre terme un anus artificiel portant sur la partie inférieure de l'intestin grêle.

Si grossière que puisse paraître tout d'abord l'erreur commise, elle n'est pas étonnante, si on songe à la profondeur à laquelle on opérait et avec quelle facilité on pouvait confondre les deux bouts du côlon descendant au milieu de la masse d'adhérences qui occupaient le bassin.

L'examen de la pièce extirpée au cours de la première laparotomie, montra qu'on avait affaire à un cancer de l'S iliaque, avec propagation à la vessie ; le cancer qui s'était peu à peu ramolli et ulcéré en son centre, au point de créer, à un moment donné, une communication entre les cavités vésicale et intestinale.

OBSERVATION XXI

ALBARRAN

Les tumeurs de la vessie

Le nommé R..., âgé de 44 ans, éprouve, au mois de juin 1890, quelques difficultés de la miction, avec sensation de brûlure au début de l'émission de l'urine, en même temps, les urines deviennent troubles, contiennent parfois un peu de sang et charrient des fragments. Ces phénomènes s'accroissent de plus en plus, et le malade souffrant beaucoup du bas-ventre se décide à consulter M. Guyon, le 10 février 1891.

M. Guyon constate l'existence d'une tumeur dans la région hypogastrique et me remet, pour l'examen au microscope, un des fragments que le malade avait rendu avec les urines. Par l'examen microscopique, je conclus à un adéno-épithéliome cylindrique et caliciforme, qui devait provenir de l'intestin. Au mois de mars 1891, ce malade entra à Necker avec tous les symptômes d'un phlegmon stercoral de la région sous-ombilicale, qui fut incisé et donna passage à une grande quantité de matières fécales ; l'incision se transforma ensuite en une fistule pyostercorale, qui persista jusqu'à la mort du malade, survenue deux mois plus tard. Pendant le séjour du malade à l'hôpital, nous apprîmes que, depuis 8 à 10 ans, il souffrait de diarrhées profuses, alternant parfois avec des phénomènes d'obstruction intestinale et, à plusieurs reprises, nous pûmes constater dans les urines la présence des matières fécales. A l'autopsie de ce malade, nous trouvâmes, entre l'S iliaque et le sommet de la vessie, une poche circonscrite par des adhérences péritonéales et qui communiquait avec l'intestin, avec la vessie et avec la fistule cutanée ; l'intestin présentait une large perforation, déterminée par une tumeur d'aspect encéphaloïde, qui s'épanouissait dans la cavité intermédiaire et pénétrait dans la vessie à travers deux perforations de la voûte de l'organe.

Dans la vessie, la tumeur formait une grosse masse

encéphaloïde et vilieuse, qui avait contracté des adhérences secondaires avec les parois du réservoir. Au microscope, cette tumeur était bien, comme l'avait montré l'examen du fragment pratiqué pendant la vie, un épithélioma adénoïde de l'intestin ayant secondairement perforé la vessie.

OBSERVATION XXII

Observation n° 4 de Rotter

Depuis sept mois, sang et glaires dans les selles. La tumeur commence à 8 cm. au-dessus du sphincter, circulaire, difficilement mobilisable, sa limite supérieure n'est pas perçue.

Opération le 1^{er} août 1902. Premier temps : l'extériorisation sacrée ne réussit pas, parce que la tumeur est adhérente à la vessie ; deuxième temps : laparotomie médiane ; la tumeur doit être libérée de la vessie sur une étendue d'une pièce de cinq marks, ce qui réussit avec peine ; suture de la plaie abdominale ; troisième temps : résection sacrée de la tumeur, suture du péritoine, anus sacré.

Bonne suites ; nécrose de 4 cm. du bout intestinal central. Le 1^{er} septembre, suture secondaire ; une fistule temporaire se ferme spontanément après trois semaines. Part en bon état, avec continence complète.

Le 16 juin 1904, récurrence locale.

OBSERVATION XXIII

(Observation n° 8 de Rotter)

Tumeur circulaire, dont le doigt atteint le bord inférieur.

Opération le 23 mai 1903. Premier temps : libération sacrée ; l'ouverture du péritoine n'est pas possible, à cause de l'envahissement de la vessie ; deuxième temps :

laparotomie médiane ; mobilisation de l'intestin, libération de la vessie, suture de la plaie abdominale ; troisième temps : résection sacrée de la tumeur, suture du péritoine, anus sacré.

Mort quatre semaines après : entérite hémorragique, péritoine sain, grosses métastases hépatiques.

OBSERVATION XXIV

(Observation n° 17 de Rotter)

La tumeur commence au niveau de la prostate ; sa limite supérieure n'est pas perçue. Par la palpation bimanuelle, on trouve que la tumeur remonte très haut et qu'elle adhère à la vessie et à la prostate.

Opération le 3 décembre 1904. Premier temps : laparotomie médiane ; mobilisation de l'intestin ; on doit réséquer un fragment de la vessie et de la prostate ; suture de la plaie abdominale. Deuxième temps : résection coccygienne du rectum ; le péritoine n'est pas suturé.

Suites : il se fait, pendant quelques jours, une fistule vésicale, qui se ferme spontanément. Par suite de nécrose intestinale, il se fait une fistule qui se ferme spontanément au bout de trois semaines. Bon état, continence complète.

OBSERVATION XXV

(Observation de LAUNAY)

H..., 43 ans. Cancer recto-sigmoïdien. Entre le rectum et la vessie s'étendent des masses bourgeonnantes creusées en leur centre d'une cavité remplie de pus et ouverte en haut dans le péritoine. Elle communique avec la vessie par un orifice situé au-dessus de l'uretère gauche. La vessie contient du pus.

Le côlon iliaque s'ouvre au niveau de sa terminaison dans la masse même par une perforation à bords bourgeonnants, des dimensions d'une pièce de 5 francs.

OBSERVATION XXVI

(*Observation de PÉRON*)

Malade de 36 ans (H.), vient parce qu'il rend des matières par l'urètre. Vu en juillet, il n'a pas eu une seule selle depuis le mois d'avril ; il n'a émis par le rectum que quelques gaz.

D'ailleurs, il endure d'atroces souffrances ; ses urines sont sanguinolentes et les matières les convertissent en une sorte de boue. Aussi, pour éviter ces évacuations pénibles, le malade a-t-il restreint son alimentation et se nourrit-il exclusivement de lait.

Autopsie. — Cancer de l'S iliaque. Au-devant de la masse, se trouve un cloaque que ferment par en haut des masses agglutinées et des fausses membranes. Des bourgeons cancéreux, qui s'y avancent, pénètrent de dehors en dedans plusieurs anses. L'une d'elles, ulcérée, déverse son contenu dans la poche. A la partie inférieure de celle-ci un bourgeon ayant envahi la vessie a déterminé sur elle une perforation.

La muqueuse vésicale est épaissie, chroniquement enflammée, avec des érosions et des ulcérations qui atteignent la sous-muqueuse.

L'uretère droit est enflammé, le gauche un peu dilaté.

Les reins sont à peu près sains ; le gauche seul a deux à trois abcès en voie de formation.

Un petit foyer récent de broncho-pneumonie tuberculeuse.

OBSERVATION XXVII

(*Observation de HERCZEL*)

Homme de 48 ans, présentant depuis longtemps de la constipation. Depuis cinq mois, se manifestent des signes de fistule vésico-intestinale, avec passage de gaz et de matières.

On perçoit un rétrécissement de l'intestin siégeant à 12 cm. de l'anús. Une tumeur est sentie dans la fosse iliaque gauche.

On porte le diagnostic de cancer de l'S iliaque.

A l'opération, l'intestin néoplasique est adhérent à la vessie. On fait une colostomie. Mort.

Autopsie. — L'S iliaque est hérissé de diverticules, contenant des matières fécales vers les parties supérieures du rectum. L'un d'eux avait donné la fistule vésicale. Cette fistule siégeait à 25 cm. de l'anus.

OBSERVATION XXVIII

(*Observation de GANGOLPHE*)

Homme de 38 ans, est pris de phénomènes douloureux dans la région hypogastrique, de gêne dans la défécation.

Une tumeur se montre à cet endroit et prend l'allure phlegmoneuse. On incise et on trouve des masses d'aspect myxomateux siégeant sur le gros intestin. Le malade est soulagé ; l'anus contre nature ne donne pas issue à la totalité des matières.

Secondairement, phénomènes de cystite. Pénétration du néoplasme dans la vessie. Issue de gaz, de pépins de raisins par le méat. Douleurs atroces. Le malade se cachectise.

Le flanc gauche est le siège d'une ulcération à bords fongueux, bourgeonnants, par où sortent des matières.

Mort six à sept mois après le début de la maladie, en mars 1893.

OBSERVATION XXIX

(*Observation d'HARTMANN*)

Le début se fait en avril 1904, par des troubles dyspeptiques et une diarrhée sanguinolente.

En septembre, l'état général se met à décliner rapidement, et les phénomènes intestinaux deviennent plus aigus, puis survient une accalmie.

En janvier, le caractère diarrhéique et glaireux des selles s'accroît. A ce moment, on note des difficultés de la miction. C'est à cette époque que se place une crise douloureuse spontanée, les douleurs se localisent à gauche, puis, s'irradiant de là jusqu'au périnée et à l'hypogastre, en donnant des sensations de constriction, analogues à la morsure d'une tenaille. Cette crise dure quinze jours, puis lui succède une amélioration sensible.

Au mois d'avril, des douleurs violentes refont leur apparition, avec douleurs de la miction.

Le 9 juillet, le malade perd par l'urètre quelques petits caillots de sang, avec un peu d'urine. Quelques minutes après, par la même voie, et en trois fois, il rejette 250 grammes de sang et de pus. Dans la période précédant cet incident, la température vespérale s'élevait à 38°5 à 39°4.

Depuis, les douleurs ont disparu. Les urines de la nuit sont plus claires que celles du jour. Le malade expulse des gaz sonores par l'urètre.

Les selles ne sont plus glaireuses. La constipation a réapparu.

En août, les urines deviennent plus troubles. Le 29 du même mois, on y constate la présence de matières fécales et on y reconnaît indubitablement des débris alimentaires, notamment des peaux de prunes.

Le 3 septembre, l'état général s'est affaibli. Le malade a de l'anorexie, la bouche sèche, la langue sale.

Le 16 septembre, on pratique une *colostomie iliaque*.

Le 13 octobre, on note que tous les troubles urinaires ont disparu.

En novembre, expulsion, à plusieurs reprises, par l'urètre, de fragments de tumeur, mais on n'a plus remarqué de matières ou de gaz. L'examen des fragments montre qu'il s'agit d'adénocarcinome typique.

La mort survient en mai 1906.

OBSERVATION XXX

Observation de BÉRARD ET MURARD.

B... Louis, 60 ans, marchand de bois, le 22 janvier 1911.

Ce malade vient, parce qu'il souffre, depuis six mois, de troubles gastro-intestinaux.

Le début se fait en juillet 1910, par des coliques assez vives, accompagnées de selles nombreuses, deux ou trois chaque jour, d'autant mieux remarquées que le malade était auparavant un constipé.

Le 20 septembre apparaît la pyurie ; dès ce moment, les coliques deviennent plus douloureuses, et la diarrhée s'installe.

Trois mois après, le 20 décembre, la diarrhée devient si intenses que, selon les dires du malade, il se présente à la selle jusqu'à vingt fois par jour.

Les matières sont quelquefois enrobées de glaires, mais il n'y trouve pas de sang. Aux douleurs intestinales, devenues plus violentes, se joignent des douleurs de la miction. Celle-ci est fréquente, les urines émises, en petite quantité, sont troubles.

Le malade a beaucoup maigri. Depuis le mois d'août, il a perdu 15 kilos.

Quand on palpe son ventre, on remarque que la paroi est en état de défense. Au-dessus du pubis, mais surtout du côté droit, on perçoit un empâtement arrondi, donnant la sensation d'un globe vésical distendu. Cette masse est douloureuse, et le cathétérisme de l'urètre permet de constater qu'il ne s'agit nullement d'une vessie pleine de liquide.

Le toucher rectal est négatif. On sent quelques ganglions bilatéraux à l'aîne, mais sans caractère spécifique. Weber positif.

L'exploration de la vessie indique une capacité très réduite ; la muqueuse vésicale est très sensible. On retire des urines très purulentes. M. Gauthier, à qui on a demandé de faire une cystoscopie, trouve l'urètre d'un calibre 19, ce qui est insuffisant pour son cystoscope (N° 24) et décide de faire quelques séances de dilatation.

Le 31 janvier, en sondant le malade pour laver sa vessie, on a l'impression que la sonde se bouche, et en la retirant, on voit à son extrémité un bouchon de matières fécales.

Le soir, le malade prend une élévation de température, un accès de fièvre urineuse, avec claquements de dents. Il a la langue saburale, n'avale qu'avec difficulté.

Le 2 février, on remarque que des gaz sortent mélangés à l'urine.

Le 4 février, laparotomie exploratrice. On sent une masse emprisonnant le côlon iliaque, la vessie et même une anse grêle. Il est impossible de rien tenter.

Anus contre nature. Mais le malade, affaibli ne tarde pas à succomber.

Autopsie. — Il s'agit d'un néoplasme de l'S iliaque, coiffant le sommet de la vessie, et ayant englobé une anse grêle.

La perforation vésicale, de la dimension d'un gros crayon, siège sur le pôle supérieur, et s'ouvre de la masse même de la tumeur.

Les reins présentent des lésions assez anciennes. De coloration pâle, les dimensions de la substance corticale sont très diminuées ; les éléments sont difficilement reconnaissables à l'œil nu.

OBSERVATION XXXI

(*Observation de W. PRICES*)

H..., 54 ans. Cancer du rectum, qu'une ulcération, grosse comme une fève, fait communiquer avec la vessie.

Rétention d'urine, puis passage de matières dans la vessie. Deux jours après cet incident, les signes d'irritabilité vésicale, déjà marqués, deviennent insupportables.

Les matières passent abondamment par l'urètre ; les mictions s'accompagnent de douleurs, mais, pendant onze jours, rien ne passe par le rectum.

La mort survient le treizième jour.

Autopsie. — Squirrhe du rectum ; au-dessus, ulcération de la grosseur d'une fève, communiquant avec la vessie. Péritonite avec pus.

OBSERVATION XXXII

(*Observation d'HARTMANN, B*)

Il s'agit d'un homme de 58 ans, entré parce qu'il rend par l'urètre des matières fécales et des gaz mêlés à l'urine et cela depuis deux mois. (Entré le 29 avril 1903).

Tout remonte à novembre 1902, où le malade présentait des troubles de la miction, qui devient fréquente et douloureuse, s'accompagnant de troubles de l'urine. Son médecin lui fit alors une série de lavages vésicaux et constata que les urines avaient une odeur fécaloïde.

Cependant, les douleurs augmentent, avec lancées périnéales, sensation de pesanteur dans le bas-ventre, et parfois assez violentes pour empêcher la marche.

Les mictions sont douloureuses, surtout à la fin, et surviennent toutes les dix minutes.

On remarque que la quantité d'urine émise est variable alternativement. Pendant un à deux jours, elles passent à peine, puis le malade rend, par l'urètre, des matières solides, qui déterminent de temps à autre un arrêt brusque de la miction. A ce moment, le passage de la sonde est difficile, l'urine coule par le rectum.

Le 11 mai 1903, on fait un *anus iliaque*, à la suite duquel les signes vésicaux diminuent, les matières ne passent plus par cette voie.

Le 19 juin, on remarque que l'urine coule par le bout inférieur de l'intestin.

Le 26, survient une hématurie.

En juillet, sur la demande même du malade, on essaie une tentative d'exclusion, mais on referme sans rien faire.

La mort survient le 27 mai 1904.

OBSERVATION XXXIII

(*Observation de BÉRARD ET MURARD*)

H..., 53 ans. Constate, depuis deux ans, un amaigrissement progressif à la suite d'une crise qualifiée d'appendicite, il y a quatre ans.

Depuis huit mois, diarrhée sanguinolente et glaireuse.

Depuis quatre jours, subobstruction. Tympanisme modéré, persistant malgré l'emploi de laxatifs.

Au palper, dans la fosse iliaque gauche, on perçoit une masse profonde, assez limitée, que l'on sent, d'autre part, à bout de doigt par le toucher, à travers la paroi rectale. Peu mobile, en tout cas pas assez pour que l'on tente l'ablation d'emblée, et même pour affirmer la possibilité de l'enlever après l'établissement d'un anus contre nature d'attente.

Pendant quinze jours, régime spécial liquide, avec laxatifs et légère purgation à l'huile de ricin, qui réduit au minimum le tympanisme et permet de délimiter encore mieux la tumeur iliaque profonde.

Le 17 octobre, en position de Trendelenburg, la laparotomie sous-ombilicale médiane montre un néoplasme recto-sigmoïdien du volume d'une orange, avec son méso infiltré de ganglions, déjà adhérent à la vessie vers son pôle supérieur et sa face postérieure. (Le malade avait, depuis quelques jours, des mictions un peu plus fréquentes, mais sans albumine.)

D'autres ganglions sont perceptibles à quelque distance et on trouve, sur l'épiploon, quelques tâches blanchâtres, avec induration suspecte. Dans ces conditions, l'S iliaque est fixé, à mi-distance entre l'ombilic et le pubis, sans que l'on attire au dehors l'anse complète, dont le méso, court et induré, s'oppose à une grande mobilisation.

Deux jours après, ouverture de l'anse par la création d'un anus contre nature. Suites simples, malgré une légère poussée de congestion pulmonaire.

Pendant trois mois, pas d'accidents, l'anus contre nature fonctionne normalement. Quelques matières passent encore par en bas. Le malade reprend même ses occupations.

Vers le 15 janvier suivant, après deux jours de crise vésicale avec quelque gêne de la miction, émission d'urines troubles, sales, d'odeur fécaloïde. Un cathétérisme, pratiqué par M. Bérard, ramène un liquide brunâtre, d'odeur caractéristique. Il y a communication entre la vessie et l'ulcération néoplasique de l'intestin. Malgré une antisepsie vésicale minutieuse, une cystite assez intolérante s'installe, avec quelques douleurs dans les deux régions rénales. Bien que le malade se déclare soulagé au bout de deux semaines, la cachexie progresse rapidement. Les matières s'échappent surtout par l'anus contre nature, mais il s'en écoule aussi par l'anus naturel et la vessie.

Jusqu'au 24 février, la situation est stationnaire, pourtant avec perte d'appétit et amaigrissement considérable. La vessie est encombrée par des matières demi-solides, malgré les lavages bi-quotidiens à l'eau bouillie, suivis d'instillation à l'huile goménolée.

Le 27 février, crise de colique péri-ombilicales particulièrement douloureuses, avec tympanisme progressif. Puis, vomissement, accélération du pouls, sans grande réaction fébrile. Après quelques heures de douleurs, tout se calme, mais le ballonnement persiste, le pouls devient incomptable, les extrémités se refroidissent.

Le malade succombe le lendemain, certainement de péritonite par perforation. Pas de nécropsie possible.

OBSERVATION XXXIV

FRACIS T. HEUSTON

Fistule entéro-vésicale traitée par laparo-entérectomie

Quand on est consulté dans un cas rare, on cherche, pour se guider, à d'autres cas déjà publiés. Dans ce cas particulier, j'ai trouvé une information très importante dans la monographie de M. Harrison Cripps's, le passage de l'air et de fèces par l'urètre, et ce fut avec surprise que j'ai trouvé une si petite proportion de 9 cas, sur 63 qu'il a mentionné, étaient dûs à une ulcération maligne. Il ne peut pas m'empêcher de penser que cela tient à ce qu'un grand nombre de cas cancéreux n'étaient pas publiés.

Après ces observations, M. Harrison Gripps considère que la laparotomie est impraticable. La publication de ce cas peut servir aux chirurgiens, en montrant au moins qu'un succès opératoire peut être obtenu, dans un certain nombre de cas, pour opération abdominale avec résection de la partie malade de l'intestin et suture de l'ouverture vésicale.

En mars 1891, un médecin, âgé de 36 ans, me consultait, dans les conditions suivantes : En mars 1890, il a eu une attaque grave d'influenza, dont il a guéri complètement ; mais en octobre de la même année il fut atteint, pour la deuxième fois, et ensuite il ne retrouva jamais ses forces. En décembre, il présentait des douleurs violentes dans la région hypogastrique et la région interne des cuisses ; ces douleurs étaient accompagnées par une miction fréquente et douloureuse et par le ténesme.

En janvier 1891, il part, comme médecin de bord, en Amérique, malgré son état fiévreux, un mauvais appétit et de mauvaises conditions générales. Il présentait des douleurs dans la région lombaire et miction très fréquente. Pendant le voyage, il remarqua que ses urines étaient chargées de matières fécales ; pendant le voyage de son retour, les symptômes s'aggravèrent et il était

incapable de quitter son lit ; les douleurs hypogastriques, et surtout pendant la miction, étaient très vives ; il était constipé et ses urines présentaient toujours des matières fécales. A son retour à Liverpool, il est allé voir un chirurgien, qui lui recommanda le repos ; ainsi, il va à Dublin et reste sous le traitement médical jusqu'au jour où il me voit.

Le patient a l'air de se porter bien ; il n'avait pas perdu beaucoup de poids depuis sa maladie. Son pouls était de 80 ; les intestins avaient une tendance à la constipation, mais étaient facilement soulagés par les purgations ; langue chargée, urines acides, claires, d'une densité spécifique 1012, avec un léger dépôt de phosphate ; mais on ne trouva pas de matières fécales dans ses urines. Avec l'aide de son médecin, on mit le patient sous le chloroforme et on fit un examen complet, mais aucune tumeur en communication avec la vessie n'était trouvée. On passa une sonde de Thompson dans sa vessie qu'on trouva un peu plus rouge que d'habitude et on ne trouva rien autre d'anormal. Quelques jours après, on lui administra une petite quantité de salicylate de soude, qui ne lui faisait pas de douleurs et ce qu'on produit quand la vessie est saine. Après quelques minutes, on demanda au malade d'uriner ; son urine était dorée, avec perchlorure de fer et on trouva une quantité relativement grande de salicylate dans les urines.

Dans une autre occasion, on lui ordonna une autre quantité de salicylate en injection dans la vessie, mais aucune preuve de son passage ne put être obtenue.

Comme résultat de cet examen, pris avec son histoire, le diagnostic était porté sur une simple communication ulcéreuse entre le bord supérieur de la vessie et le gros intestin — la courbure sigmoïdienne — et que cette communication était valvulaire dans sa nature, permettant à des matières de passer de l'intestin dans la vessie, et pas de la vessie dans l'intestin. Espérant que l'ouverture étant de petite taille pourrait se fermer sans une opération, on garda le malade dans la position horizontale ; on lui donna la nourriture la plus nutritive, la plus assi-

milable ; on ordonna de l'opium en quantité suffisante pour arrêter les mouvements péristaltiques de l'intestin ; de plus, on avait décidé de placer un cathéter dans sa vessie, mais on trouva cependant que le cathéter faisait une telle irritation de la vessie qu'on fut obligé de le retirer au bout de 13 heures.

Ce traitement fut continué pendant dix jours, et quoique l'intestin fonctionnait bien, aucune matière fécale ne passait dans la vessie. On remarqua cependant qu'une plus grande quantité des gaz passait dans la vessie, alors que ce n'était pas le cas avant le traitement ; un changement se produit et les fèces ont paru en quantité assez considérable, ce qui causa une irritabilité extrême de la vessie et une aggravation de l'état général, avec vomissement. Dans ces conditions, une opération fut décidée. Le malade consentit, exigeant seulement que, dans aucun cas, on ne devait faire une cœlotomie.

L'abdomen fut ouvert par une incision à travers la ligne blanche se tendant depuis un doigt au-dessous de l'ombilic, jusqu'à un doigt au-dessus de la symphise pubienne. En examinant la partie postérieure de la vessie, j'ai trouvé qu'elle était adhérente à l'anse sigmoïde ; cette adhérence était d'un tel caractère qu'elle put être facilement séparée par mon doigt. J'ai trouvé maintenant une ouverture de la vessie de taille d'un pois, à travers lequel la membrane nuqueuse de la vessie faisait une hernie. En tournant mon attention sur l'intestin, j'ai trouvé une masse de tissu dense, de la proportion de deux inches ; dans la partie centrale de cette masse, sur sa face antérieure, j'ai trouvé une ouverture correspondant exactement à celle trouvée sur la vessie. Il était évident que cette masse devait causer une telle occlusion de l'intestin que la fermeture de la fistule, sans résection de la masse, n'apporterait qu'un soulagement temporaire. J'ai décidé de réséquer la portion malade de l'intestin sur une hauteur de trois inches, en réunissant les bouts pour la suture Czerny-Lembert.

Le malade se trouva bien, après deux jours de l'opération, mais, au bout de la deuxième journée, il devint agité, avec des vomissements fréquents, le pouls de 120 et faible. Alors que sa plus forte température était de 38°, du délire arriva et il mourut le quatrième jour, avec toute apparence de collapsus.

Autopsie : A l'examen de l'abdomen, aucun signe de péritonite ; l'examen microscopique de la portion réséquée pendant l'opération montra qu'il s'agissait d'un épithélioma tubilé.

CONCLUSIONS

I. — Les cancers de l'intestin envahissent parfois la vessie. Ce sont surtout ceux du rectum (chez l'homme) ceux de l'S iliaque (chez la femme), qui exposent à cette complication. Cet envahissement mène à la perforation et à la fistule vésico-intestinale.

II. — L'envahissement de la vessie se manifeste par des phénomènes de cystite, par des hématuries, par de la pyurie, à la période de fistulisation des symptômes caractéristiques (pneumaturie, passage de matières dans l'urine), permettent le diagnostic.

III. — Le diagnostic nécessite une cystoscopie suffisamment précoce, pour devancer la période de fistulisation et permettre l'appréciation exacte des lésions assez tôt pour qu'on puisse faire une thérapeutique rationnelle.

IV. — Le diagnostic très précoce pourra seul permettre l'exérèse. Bien souvent, on devra se borner à un traitement palliatif. L'anus iliaque, pratiqué de bonne heure, rendra les plus grands services, en diminuant les douleurs et supprimant la cystite.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

GAYET.

Vu :

LE DOYEN,

JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 23 Mai 1923.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALBARRAN. — Les tumeurs de la vessie, 1891.
2. BÉRARD ET MURARD. — *Lyon Chirurgical*, 1912.
3. CHALIER. — Cancer du rectum. (*Thèse Lyon*, 1910.)
4. CHAVANNAZ. — Fistules vésico-intestinales acquises chez l'homme. (*Annales des Maladies génito-urinaires*, nov. 1897, p. 1178-1287.)
5. CHEVASSU. — (*Journal d'Urologie*, 1917 et 1918.)
6. CZERNY ET PETERSEN. — Jahresbericht der Heidelberg chir. klinik für das Jahr, 1901. (Supplém. du XXV^e vol. des *Beit. f. Clin. Chir.*)
7. H. CRIPPS. — (*Annales des Maladies des organes génito-urinaires*, 1897.)
8. DUVAL (Pierre). — (*Thèse*, Paris, 1901.)
9. ESCAT. — (*Journal d'Urologie*, 1917-1918.)
10. FUSCHIG. — Sur les résections du gros intestin pratiquées à la Clinique d'Albert, dans les douze dernières années. (*Deutsche Zetsch. für chir. Bd.*, bl., 1901, p. 185.)
11. GIBB (D.). — Fistulous communication between the bladder and small intestine. (*The Lancet*, 1861, I, p. 384.)
12. GOODHART (F. J.). — (*Annales des Maladies des organes génito-urinaires*, 1897, p. 1305.)

13. HERDOCIA. — (*Thèse Paris, 1904-1905.*)
14. HEIM-VÔGTLIN. — *Fistula vesico-diodenalis. (Correspondenz Blatte für, Chweizer Aertze, 1879. T. IX, p. 422-427.)*
15. HEUTSON. — *The Britisch medical Journal of the Britisch medical Association, 1894.*
16. KESSLER. — *Trente-et-un cas de tumeur du gros intestin. (Thèse de Iéna, 1902.)*
17. LANCE. — *Exclusion de l'intestin. (Thèse Paris, 1903.)*
18. MAYER (Louis). — *Ueber einen Fall von fistula intestino-vesicalis nebste Bemerkungen über arten und Vorkommen der Blasencontinuitätstörugen überhaupt-Monaschifte für Geburtz-kunde und Frauenkranheiten, XXI, 1863, p. 252-269.*
19. MICHON (E.). — *Utilité de la cystoscopie dans certains néoplasmes de l'anse sigmoïde. (Journal d'Urologie, T. XI, n° 5, p. 463.)*
20. MIKAILOFF. — (*Thèse Lyon, janv. 1899.*)
21. MORGAN (J.). — (*Annales des Maladies des organes génito-urinaires, 1897.*)
22. MONDOR. — *Cancer du rectum. (Thèse de Lyon, 1914.)*
23. MARTIN DU PAN. — (*Revue de Chirurgie, 1906.*)
24. NICOLADONI. — (*In Thèse de Lance, Paris, 1903.*)
25. ORAISON. — (*Encyclopédie d'Urologie, T. IV, p. 714.*)
26. PASCAL. — (*Thèse Paris, 1900.*)
27. PERSON. — (*Thèse Paris, 1905-1906.*)
28. PRISTANESCO. — (*Journal d'Urologie, 1912.*)

29. PUTÉGNAT. — (*Annales des Maladies des organes génito-urinaires*, 1897.)
 30. RICHARDSON (W.). — (*Annales des Maladies des organes génito-urinaires*, 1897.)
 31. ROTTER. — (*Archiv. für Clinic. Chirur.*, 1906.)
 32. SORENSSEN. — Ueber 28 Falle von Carcinome des Ileus und Colon. Inaug. Dissert. (Leipz., g., 1903). Ueber structuriente Darmecarcinome. Verhdlogn. d. Fr. Vereinig der chirurgen. (Berlin, 12.)
 33. TUFFIER ET DUMONT. — Des fistules intestino-vésicales chez la femme. (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1898, p. 441.)
 34. VERHOOGEN. — (*Encyclopédie Françaises d'Urologie*, T. IV, 1921.)
 35. HOCHNEGG. — Centratable für Chirurgie, 1900.
-

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	7
Chapitre premier. — Etiologie	9
Chapitre II. — Anatomie pathologique.....	13
Chapitre III. — Symptômes	17
Chapitre IV. — Diagnostic.....	21
Chapitre V. — Traitement	23
Observations	29
Conclusions	65
Bibliographie.....	67
